

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

N°

600

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Hermann BRENNER

né le 3 Décembre 1902 à Chrzanow (Pologne)

A propos d'un cas nouveau de hernie diaphragmatique traumatique

Président: M. Fernand BEZANÇON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE COOPERATIVE ETOILE

18 et 20, RUE DU FAUBOURG DU TEMPLE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Hermann BRENNER

né le 3 Décembre 1902 à Chrzanow (Pologne)

A propos d'un cas nouveau de hernie diaphragmatique traumatique

Président: M. Fernand BEZANÇON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE COOPERATIVE ETOILE

18 et 20, RUE DU FAUBOURG DU TEMPLE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale W	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD .. Histologie.
 CATHALA. ... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY. Urologie.
 GALLIARD ... Parasitologie.
 GASTINEL. .. Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 GIROUD. Histologie.
 HAGUENAU . Pathologie médicale.
 HALPHEN ... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN .. Anatomie pathologique.
 JOANNON ... Hygiène.
 LABBE (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME. .. Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAIRE ... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN ... Pathologie médicale.
 OBERLING .. Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE ... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER ... Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH ... Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET. ... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX. Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale
ALAJOUANI-NE		BROCQ	
AUBERTIN ..		CADENAT ...	
BRULE		GATELLIER .	
CHABROL. ...		HEITZ-BOYER	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT. .		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ .	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL-LERY-RADOT.			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
GUENIOT. ...	
LE LORIER ..	
LEVY-SOLAL .	
METZGER ...	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
RUFFE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Je remercie MM. les Docteurs BUCQUOY et THOYER, Chefs de Clinique, inspirateurs de cette thèse, pour les conseils précieux qu'ils m'ont prodigué.

Je remercie aussi M. le Docteur COURCOUX, Médecin des Hôpitaux, Chef du Service des Tuberculeux de l'Hôpital Boucicaut pour le prêt gracieux des clichés.

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A LA MEMOIRE DE MES BEAUX-PARENTS

A MES FRERES ET SŒURS

A MES BEAUX-FRERES ET BELLES-SŒURS

A TOUS MES AMIS

AU DOCTEUR SZWARC

A MA FEMME

*en témoignage d'affection et de reconnaissance
profondes.*

INTRODUCTION

Depuis la guerre mondiale la question de la hernie diaphragmatique a complètement changé d'aspect. Avant 1915, on trouve ça et là des cas épars; on en cite même chez Ambroise Paré et Morgani. Mais ce ne sont que des curiosités médicales ou des trouvailles d'autopsie. Ainsi peut-on dire que, jusqu'à la guerre, le problème est dans son stade anatomopathologique. L'ère clinique commence en 1919 par la publication des observations de Baumgartner et Herscher, de Cade et Montaz et celles d'Auvray.

A partir de ce moment, l'étude de la hernie diaphragmatique va en s'approfondissant de plus en plus. Beaucoup de facteurs y contribuent; d'abord c'est le nombre toujours grandissant des cas connus, et puis les perfectionnements de la radiologie, sans laquelle le diagnostic présente des difficultés insurmontables. En 1920 paraît la thèse de Quenu et déjà à cette époque l'auteur peut apporter 116 observations dont 24 personnelles. Les cas publiés deviennent de plus en plus nombreux, aussi bien

en France qu'à l'étranger. Les particularités de la maladie, la longueur de son évolution et l'intrication de ses symptômes incitent à dissocier les syndromes qui la caractérisent. Ainsi Fatou étudie dans sa thèse, en 1924, l'éventration diaphragmatique, et cherche à la différencier de la hernie. Un an plus tard paraît la monographie de Sabrazès et Prade « Des hernies diaphragmatiques et des pleurésies herniaires » et à propos d'une observation très intéressante, ces auteurs éclairent le syndrome pleurétique de la maladie, ce qui nous amène à être plus sobres des ponctions. Depuis ce moment, il n'y a pas une année où des observations ou des travaux intéressants ne viennent apporter des lumières nouvelles. Ainsi on a pu différencier de nombreuses formes cliniques. La hernie diaphragmatique peut se manifester uniquement par des troubles digestifs, mais ils se trouvent souvent associés à d'autres troubles, notamment cardio-vasculaires et pleuro-pulmonaires.

On est frappé par le long délai qui s'écoule entre le traumatisme et le diagnostic, jusqu'à ce que la radiologie vienne nous éclairer sur la véritable cause des troubles.

L'Ecole de Lille a, pour beaucoup, contribué à l'étude de la question. D'ici est sortie la thèse de Lherminet (1920); ici aussi Lemaître publie l'observation ayant trait à une hernie diaphragmatique

du côlon transverse chez un enfant, avec sa symptomatologie si particulière. C'est encore ces temps derniers, en 1935, que les auteurs lillois publient les observations de dix cas, dont chacune se présente sous une autre forme clinique et entre autres un cas compliqué de tuberculose pulmonaire.

Dans ces dix dernières années de recherches, tous les auteurs sont d'accord que le diagnostic de la hernie diaphragmatique peut et doit être posé. Tous insistent sur les facilités qu'offre l'examen radiologique. Certains décrivent des symptômes qui devraient faire penser à la maladie; pourtant personne ne contestera que beaucoup de cas passent encore inaperçus. Dans toutes les observations recueillies, l'histoire de la maladie est très longue et le diagnostic exact n'est posé qu'après de longues années. C'est pourquoi nous avons cru utile de choisir cette question comme sujet de thèse et l'illustrer d'une observation nouvelle.

OBSERVATION

M. Albert P..., âgé de 45 ans, vient à la consultation du dispensaire F. O. P. en 1934 pour dyspnée tenace et palpitations douloureuses. A l'interrogatoire on apprend que ces troubles existaient déjà en 1926, et que le Conseil de réforme en avait déjà connaissance à cette époque, puisque sur la fiche établie par le Ministère des Pensions, nous lisons qu'en 1926, M. P... a été réformé à 20 pour cent pour dyspnée habituelle se rattachant à une plaie transfixiante de guerre.

L'interrogatoire nous apprend que le malade a été mobilisé pour le service du front en 1914. Au mois d'août de la même année, il est blessé au moment qu'il se penche sur son capitaine, qui venait d'être tué : une balle à orifice d'entrée dorso-lombaire traverse le corps et ressort au niveau du mamelon du même côté. Il fut fait prisonnier et hospitalisé pendant plusieurs mois. Pendant quelques jours après avoir été blessé, le malade crachait du sang. Le rétablissement a été rapide et il

est impossible de savoir quelle a été l'opinion des médecins allemands sur l'étendue et la nature des lésions.

Jusqu'en 1934 il est soigné par plusieurs médecins civils et militaires, mais aucun ne découvre le véritable état des choses. Une radioscopie pratiquée en 1926 mentionne l'existence d'une très forte opacité du sinus costo-diaphragmatique gauche ainsi qu'une condensation de la base du poumon du même côté. Au même examen on ne note aucun signe clinique particulier. Le murmure vésiculaire est normal et on n'entend pas de frottements pleuraux à l'auscultation. Par contre, au Conseil suivant, que le malade subit en 1933, le document médico-militaire note entre autres : « pachypleurite de la base gauche, rudesse inspiratoire, expiration prolongée, frottements pleuraux à la base gauche. » A l'écran on note que « la transparence pulmonaire est sensiblement normale. » La coupole diaphragmatique gauche est « horizontale, peu mobile ». On constate en outre de « l'hypertrophie ventriculaire gauche ». Le sinus costo-diaphragmatique est toujours comblé. Par ailleurs on ne constate rien d'anormal. A l'examen des crachats on ne trouve pas de B.K.; l'état général est bon.

Pendant le laps de temps qui sépare ce dernier Conseil de la première consultation au dispensaire, rien de particulier n'attire l'attention. Le malade

continue de vaquer aux occupations de son métier de maçon. Les troubles fonctionnels qui consistent en dyspnée et crachats, restent stationnaires jusqu'en 1936, malgré le traitement par potions. On pense quelquefois à l'emphysème pulmonaire.

Vers le début de 1936, à l'occasion d'un mouvement forcé en soulevant un poids, le malade ressent une brusque et violente douleur qui l'immobilise en flexion pendant quelques minutes. A partir de ce moment commencent les troubles gastro-intestinaux.

Au mois de mars de cette année, on se décide à pratiquer un nouvel examen radiologique. On prend un cliché normal et un autre en administrant un lavement opaque.

ETAT ACTUEL

Actuellement on est en présence d'un homme d'apparence robuste, bien qu'il se plaigne d'une certaine fatigabilité. Il exerce néanmoins sa profession de maçon. Le facies est rouge, un peu cyanosé, la bouche légèrement entr'ouverte, l'œil luisant. Toute l'expression du visage a quelque chose du rire sardonique.

Troubles fonctionnels : le malade se plaint d'être souvent essoufflé, d'avoir pendant la journée plusieurs quintes de toux, surtout marquées pendant

le decubitus dorsal et latéral gauche. Dans cette position il lui arrive d'avoir une syncope précédée d'une forte angoisse. La position couchée est tellement intolérable que nous sommes obligés d'interrompre l'examen, le malade s'essoufflant progressivement dans cette attitude. Pendant le jour, le patient crache abondamment et ces crachats sont sanguinolents. La céphalée est constante.

Troubles digestifs: tous les matins, le malade est pris de vomissements, tantôt acides, tantôt de goût amer, souvent sanguinolents. Ces vomissements sont toujours accompagnés de douleurs thoraciques. Après le repas il éprouve des étouffements se prolongeant pendant deux à trois heures. Le malade souffre de la constipation alternée par des débâcles diarrhéiques. Au moment de l'évacuation intestinale, il est pris de coliques à siège abdominal et thoracique. On ne note pas de dyspepsie; l'appétit est conservé.

Etat cardio-vasculaire: Pendant la journée, sans cause appréciable, le malade est pris de palpitations douloureuses. Parfois celles-ci surviennent immédiatement après un effort; elles sont alors vives, brèves et angoissantes, mais elle n'irradient pas dans le bras gauche. Normalement, le pouls est bon, ample, bien frappé à 78 à la minute. La tension artérielle est 15 Mx et 8 Mn. A la palpation, on sent battre la pointe en position normale, mais

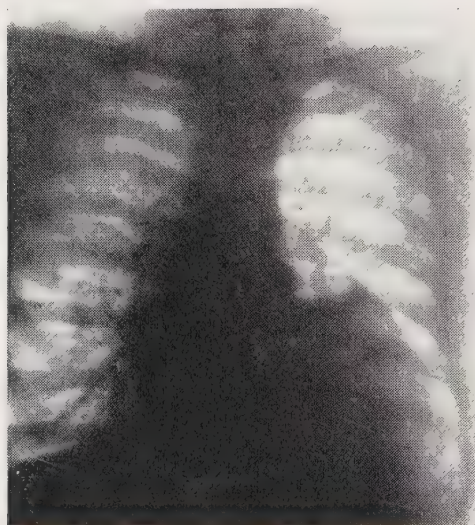
les battements sont très affaiblis. A l'auscultation, on ne constate l'existence d'aucun souffle ni d'arythmie; par contre on peut noter un léger déplacement vers la droite des foyers d'auscultation.

Signes physiques pleuro-pulmonaires: à la palpation du thorax il y a un affaiblissement bilatéral des vibrations. La percussion découvre une zone de sonorité exagérée allant de la base gauche à l'épine de l'omoplate du même côté. Cette sonorité est réduite d'étendue lorsqu'on percute le thorax après avoir fait ingurgiter au malade quelques gorgées de liquide. A l'auscultation du thorax on ne note rien de particulier sauf une expiration sifflante et prolongée.

En outre il faut noter que la cage thoracique ne présente pas de déformation, voussure ou rétraction. Les cicatrices du traumatisme siègent en avant sous le mamelon gauche, en arrière à la base thoracique gauche. La matité hépatique a des limites normales, mais l'espace de Traube se prolonge en haut dans le thorax.

En auscultant le thorax aussi bien en avant qu'en arrière, on perçoit un bruit constant de gargouillement hydro-aérique, un genre de glou-glou que le malade perçoit lui-même. Ce bruit est moins net en position verticale.

Pas d'inégalité pupillaire.

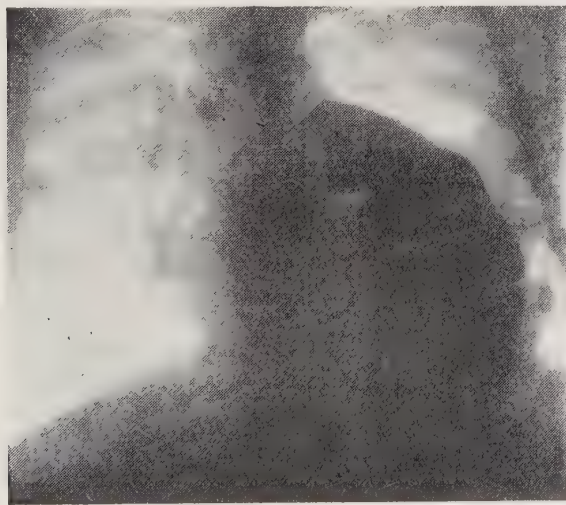
Radiographie:

SANS SUBSTANCE OPAQUE

a) Sur le cliché, sans préparation, de face, on constate l'existence d'une opacité occupant presque toute la largeur de l'hémi-thorax gauche. Cette ombre remonte jusqu'à la partie moyenne du thorax et se confond avec l'ombre cardiaque. Le contour en est très net. Au-dessus de l'opacité existe un espace clair de forme triangulaire dont la limite inférieure est horizontale; le côté externe se continue avec le contour de l'opacité, le côté interne se confondant avec l'ombre cardiaque. L'opacité elle-même est assez dense; on aperçoit cependant

en superposition l'image des travées broncho-vasculaires. Le cœur est légèrement repoussé vers la droite.

On pourrait penser à première vue à la présence d'une condensation pulmonaire. Il est vrai aussi que la ligne nettement horizontale qui sépare l'image claire de l'opacité ressemble un peu à un niveau liquidien. L'hémi-diaphragme gauche est peu visible. La poche à air gastrique paraît être en position normale.



APRES LAVEMENT OPAQUE

b) Ce cliché a été également fait de face après avoir administré un lavement opaque. La coupole diaphragmatique est ici bien visible. Une ombre

très opaque, à contours de forme colique occupe toute la place de l'opacité du cliché précédent et remonte même plus haut. Elle est beaucoup plus large au-dessus du diaphragme qu'au-dessous.

Lors de l'administration du lavement sous l'écran on a remarqué qu'au niveau du diaphragme, il y avait arrêt de la bouillie et qu'en poussant davantage toute la masse passa brusquement dans la partie sus-diaphragmatique du côlon.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'une hernie diaphragmatique traumatique qui a peut-être été méconnue pendant 24 ans à cause de ses signes cliniques frustes et peu caractéristiques. Il n'est pas impossible qu'elle se soit produite récemment à l'occasion d'un mouvement forcé. En tout cas elle a été découverte grâce à l'examen radiologique.

ANALYSE des SYMPTOMES

Quenu, dans sa thèse de 1920, en se basant sur 116 observations, donne une description complète de la symptomatologie de la hernie diaphragmatique. Ce qui ne manque jamais dans ses observations, ce sont les commémoratifs du traumatisme et des cicatrices témoin. Notre observation confirme ce fait, mais il convient peut-être d'insister un peu sur son histoire particulière. Le malade, comme nous l'avons dit plus haut, au moment d'être blessé, était penché en avant. La balle a pénétré dans la région lombaire gauche et, pour sortir au niveau du mamelon gauche, a dû nécessairement traverser l'hémi-diaphragme du même côté. Voilà un point, il me semble, sur lequel les auteurs n'ont pas insisté. A mon sens une forte obliquité de la trajectoire de la balle dans la position penchée en avant, lorsqu'elle pénètre en arrière et inversement, peut constituer une présomption de lésion du diaphragme.

La douleur est encore un signe constant. Le plus

souvent elle est vague, mais elle peut s'exacerber et se localiser nettement. Ainsi, dans un cas de Gaudier, le malade souffrait de douleurs intercostales, surtout après l'effort. D'autres fois, elle peut irradier vers le domaine du nerf phrénique (Quenu) ou cubital (Lherminez). Enfin, elle peut être assez forte et siéger dans la région épigastrique. Dans un cas de Gauthier, elle provoquait de la contracture à la palpation de l'épigastre. Le plus dramatique est, d'après nous, le cas cité par Sabrazès où la douleur avait été paroxystique, au point qu'elle conduisait à de véritables crises nerveuses. Notre cas est remarquable par l'absence complète des douleurs locales ou irradiées, sinon des crises, des palpitations douloureuses.

On considère que la hernie diaphragmatique peut occasionner des déformations thoraciques à gauche. Cette déformation est constituée dans la plupart des cas par la voussure, mais Lherminez parle aussi de la possibilité de la rétraction de l'hémi-thorax gauche et même de tumeur. La majorité des auteurs ne mentionne, dans leurs observations après 1920, rien d'anormal dans la forme de la cage thoracique. C'est aussi le cas de notre malade.

Il est généralement admis que les troubles digestifs sont constants chez les malades atteints de hernie diaphragmatique. Cependant notre malade

en était exempt pendant longtemps (depuis son traumatisme jusqu'au début de 1936). L'apparition de ces troubles coïncide avec un effort brusque qui provoqua une douleur violente. Faut-il croire que la hernie se soit produite à ce moment, à travers une cicatrice qui venait de céder ? C'est possible. D'ailleurs Auvray remarque que l'apparition des troubles digestifs dépend du moment où la hernie s'est formée. En tout cas, nous ne pouvons pas être affirmatifs à ce sujet, étant donné que toutes les radiographies pratiquées avant l'épisode douloureux, l'ont été sans lavement opaque. Quant aux phénomènes digestifs, on considère en général que les vomissements en constituent un symptôme quasi-obligatoire. Il n'est pas rare de trouver parmi les observations des cas de hernie diaphragmatique non accompagnés de vomissements. Ainsi A. Schwartz cite le cas d'une femme atteinte de hernie diaphragmatique et qui vomissait seulement et uniquement pendant les grossesses. Notre malade vomit tous les matins, mais il ne semble pas qu'on puisse rattacher ce fait à ses habitudes éthyliques, puisque ces vomissements sont souvent sanguinolents et qu'il n'y a pas d'autres signes cliniques d'éthylisme. Les périodes des débâcles diarrhéiques qui entrecoupent sa constipation sont souvent relevées dans d'autres observations.

Les troubles cardiaques de notre malade rap-

pellent les crises d'angine de poitrine. Nous relevons ce fait, car cette forme clinique est possible; elle a été déjà en effet observée par Quenu.

Les crachats sanguinolents doivent encore être rangés parmi les symptômes de la hernie, étant donné qu'il n'y a absolument aucun autre signe de bronchite chronique ou de dilatation des bronches et que l'examen de laboratoire n'a découvert aucun Bacille de Koch.

Quenu, qui a bien décrit les signes radiologiques de cette maladie, dit qu'après un lavement opaque « on pourra ainsi déterminer d'une manière aussi précise que possible la situation et le volume de la hernie et surtout le lieu exact de son pédicule contenu dans l'anneau herniaire ». En effet, en ce qui concerne le cliché de notre malade, aucun doute n'est possible. Quant au cliché sans lavement, il appartient à ce groupe où il est presque impossible de faire le diagnostic exact.

Dans quelle forme clinique doit-on ranger notre cas ? Suivant l'évolution, c'est, selon toute vraisemblance, une hernie tardive. Suivant la symptomatologie, ce sont les crises cardiaques qui occupent le premier plan, crises de palpitations douloureuses à forme d'angine de poitrine.

CONCLUSIONS

L'observation nouvelle d'une hernie diaphragmatique traumatique prouve une fois de plus qu'elle peut survenir longtemps après la blessure.

Les symptômes pleuro-pulmonaires que présente le malade sont réduits au minimum; toute la symptomatologie est dominée par des palpitations de forme d'angine de poitrine.

Le diagnostic de certitude n'aurait pu être fait sans le concours de la radiographie. Ce diagnostic est évident surtout après avoir administré un lavement opaque.

Nous croyons qu'il faut toujours penser à la possibilité d'existence d'une hernie diaphragmatique chez tout blessé de la région thoraco-abdominale gauche. Les radiographies doivent être faites périodiquement, afin de découvrir une hernie qui se serait produite tardivement.

Il est peut-être utile d'analyser avec plus d'attention les trajectoires du corps vulnérant; chez notre malade, par suite de l'attitude qu'il avait au moment d'être blessé, on pouvait présumer une lésion de l'hémi-diaphragme gauche.

Vu : le Président de la thèse,
FERNAND BEZANÇON.

Vu : le Doyen,
BOUSSY.

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. Hernie diaphragmatique de l'estomac, du côlon et de l'épiploon, consécutive à une plaie thoraco-abdominale ancienne. (*Bulletin et mémoire de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1919).
- ARTIÈRES. Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques traumatiques (*Thèse Montpellier*, 1928).
- BAUMGARTNER et HERSCHER. Deux observations de hernie transdiaphragmatique, suite de plaie de guerre. (*Bulletin et mémoire de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1919).
- CADE et MONTAZ. Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques, leurs formes larvées ou médicales. (*Annales de Médecine*, Paris, 1919).
- DARBOIS et STUHL. Hernie diaphragmatique traumatique. (*Bulletin et mém. Soc. radiol.*, Paris, 1926).
- DUMAS, CONTAMIN et AUSTETT. Dextrocardie avec hernie diaphragmatique et dilatation bronchique. (*Lyon Médical*, juin 1932).

- ETIENNE et SICARD. Hernies diaphragmatique. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. et biol. de Montpellier*).
- FATOU. L'événtration diaphragmatique. Etude clinique et pathogénie. (*Thèse de Paris*, 1924)
- FINSTERER (1926). Hernia diaphragmatica vera. (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1926).
- GARCIN. A propos de deux cas de hernie diaphragmatique traumatique (*Journal de radiologie et électrologie*, Paris, 1923).
- GUÉRIN LIAUTARD et CHAUVIN. Hernie diaphragmatique de l'estomac par blessure de guerre (*idem*).
- GAUDIER et MINET. A propos de deux cas de hernie diaphragmatique traumatique (*Soc. de Chirurgie*, janvier 1933).
- GAUDIER. Hernie diaphragmatique du côlon (*Bull. et mém. Soc. nation. de chir.*, Paris, 1928).
- A. HAMANT. Deux cas de hernie diaphragmatique, dont une d'origine traumatique. (*Revue méd. de l'Est*, 1928).
- LHERMINEZ. Symptômes cliniques et radiologiques de la hernie diaphragmatique traumatique. (*Thèse de Lille*, 1920)
- LOUSTE et FATOU. Un cas d'événtration diaphragmatique (*Bulletin et mem. de la Soc. méd. des hôp. Paris*, 1922)
- LEMOINE. Diagnostic de la hernie diaphragmatique, spécialement par les moyens radiologiques. (*Thèse de Paris*, 1920).
- LEMAITRE. Hernie diaphragmatique du côlon transverse. (*Echo Méd. du Nord*, février 1930).

- MARTIAL. Les faux pneumo-thorax d'origine gastrique et colique (*Thèse de Paris*, 1923)
- PÉRARD. Deux cas de hernie trans-diaphragmatique de l'estomac (*Soc. Chir. Paris*, 1926)
- QUENU. Les hernies diaphragmatiques. Etude clinique et opératoire. (*Thèse de Paris*, 1920).
- QUENU et FATOU. L'événtration diaphragmatique. Etude clinique et opératoire. (*Journal de Chirurgie, Paris*, 1924).
- RHÉAUME. Hernie trans-diaphragmatique gauche, événtration, etc. (*Presse Médicale*, 1926).
- SABRAZÈS. Des hernies diaphragmatiques et des pleurésies herniaires. (Paris, 1925, G. Doin, éditeur).
- SABRAZÈS et PRADÉ. Des hernies diaphragmatiques. A propos d'un cas inédit, etc. (*Gazette heb. des sciences méd. de Bordeaux*, 1925).
- A. SCHWARTZ. Deux cas de hernie diaphragmatique (*Bull. et mém. Soc. nation. de chirurgie*, Paris, 1928).
- E. SERGENT, A. KOURITSKY et P. ROBERT. Hernie du côlon et de l'estomac, compliquée d'accidents pulmonaires et de pleurésie purulente enkystée; occlusion gastrocolique fatale. (*Bullet. et mém. de Soc. méd. d'hôp. de Paris*, juin 1933).
- F. TRÉMOLIÈRES, A. TARDIEU et G. CAQUOT. Hernie de l'estomac. Trois observations. (*Arch. des mal. de l'app. digestif*, mai 1934).
- TRÉSARIEUX, COULOUMA et GARRAUD. Formes cliniques des hernies diaphragmatiques (hernies de l'estomac et du côlon), avec 4 observat. (*Echo Méd. du Nord*, mars 1935).

